

# Psychiatrieunterricht im Medizinstudium – Erfahrungen mit dem „Kursmodell Sozialpsychiatrie“ an der Medizinischen Hochschule Hannover

S. Bartusch  
W. Machleidt  
H. Pfefferer-Wolf

*Education in Psychiatry – Experiences with the Model Course „Social Psychiatry“  
at Medizinische Hochschule Hannover*

## Zusammenfassung

Die Bedeutung des Psychiatrieunterrichts im klinischen Abschnitt des Humanmedizinstudiums geht über die Vermittlung von psychiatrischem Faktenwissen hinaus. Wesentliche Ziele des Unterrichts sind die Entwicklung sozialer und kommunikativer Kompetenzen im ärztlichen Interaktionsfeld und die Anleitung zur Selbstreflexion. Seit dem Studienjahr 1996/97 hat die Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover ihren Psychiatrieunterricht weiterentwickelt: Die ganzjährige Hauptvorlesung wurde ersetzt durch einen Pflichtkurs in kleineren Gruppen. Neben der Teilnahme am Kurs ist mindestens eine Hospitation in verschiedenen Praxisfeldern verpflichtend. Am Ende des Studienjahres wird der Unterricht regelmäßig evaluiert durch die Studierenden und Lehrenden. Die Ergebnisse werden diskutiert, eine weiterentwickelte Unterrichtskonzeption in Kleinstgruppen wird exemplarisch vorgestellt. Besonders hervorgehoben wurde aus Sicht der Studierenden die persönliche Lehratmosphäre sowie die Möglichkeit eines flexiblen Eingehens auf Bedürfnisse und Interessen der Studierenden. So konnte ein konstruktiver Dialog entstehen auch über Vorurteile und Berührungängste mit dem „ganz Anderen“.

## Schlüsselwörter

Psychiatrieunterricht · Kursmodell · Evaluation

## Abstract

The relevance of psychiatric education in the clinical section of the studies of human medicine cannot be reduced to merely imparting specialized knowledge. Equally important is the development of social and communicative skills for competent and professional interaction and fostering self-reflection. The department of *Social Psychiatry and Psychotherapy of Medizinische Hochschule Hannover* has changed required courses and developed its curriculum and teaching formats since the academic year 1996/1997: Lectures were replaced by courses in smaller groups. In addition to traditional course attendance students are required to spend a day in various fields of psychiatric practice. Lessons are to be evaluated by students and their lecturers at the end of the academic year. The results are discussed in order to improve teaching methods and to develop conceptual modifications. One course development example is presented here. A friendly atmosphere and respect for personal desires and interests were attributes greatly appreciated by students. This enables a constructive dialogue which can reduce prejudices against and reservations about the „complete different“.

## Key words

Education in Psychiatry · course model · evaluation

## Institutsangaben

Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover  
(Direktor: Prof. Dr. W. Machleidt)

## Korrespondenzadresse

Dr. med. Stefan Bartusch · Medizinische Hochschule Hannover · Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie · Carl-Neuberg-Straße 1 · 30625 Hannover · E-mail: bartusch.stefan@mh-hannover.de

## Bibliografie

Med Ausbild 2003; 20: 226–229 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0176-4772

## Einführung

Zu ersten Berührungen mit psychiatrischen Fragestellungen kommt es bereits im vorklinischen Abschnitt des Humanmedizinstudiums wie z.B. in der Medizinischen Soziologie mit den Berufsfelderkundungen [1]. So findet sich zumindest in diesem Studienabschnitt ein fächerübergreifender, integrativer Ansatz, an dessen Verbesserung stetig gearbeitet wird. Beispielfhaft sei hier noch erwähnt die Neukonzeptualisierung des Anatomieunterrichts [2]. Mit dem Übergang in das klinische Studium geht dieser Ansatz allerdings weitgehend verloren: Die klinischen Fächer werden als Einzeldisziplinen gelehrt und auch so von den Studierenden wahrgenommen.

Der Psychiatrieunterricht geht in seinem Selbstverständnis über die Vermittlung von psychiatrischem Faktenwissen naturgemäß hinaus. Fächerübergreifende Lehrinhalte wie Gesprächsführung und Anamneseerhebung werden nicht selten erstmals in diesem Rahmen thematisiert. Wesentliche Ziele des Unterrichts sind weiter die Entwicklung sozialer und kommunikativer Kompetenzen im allgemeinen ärztlichen Interaktionsfeld und die Anleitung zur Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion. Der Psychiatrieunterricht kommt von daher ohne einen integrierenden Lehransatz nicht aus.

## Kursmodell Sozialpsychiatrie

Seit dem Studienjahr 1996/97 hat die Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover ihren Psychiatrieunterricht weiterentwickelt („Kursmodell Sozialpsychiatrie“). Die ganzjährige Hauptvorlesung wurde ersetzt durch ein Seminar mit jeweils zwei Dozenten und 16–20 Studierenden über 28 Doppelstunden und einen Hospitationstag. Dieses Seminar ersetzt das Pensum der früheren ganzjährigen Vorlesung nebst einem präsenzpflichtigen Kurs im Wintersemester. Die Pflichtzeiten wurden so von 16 auf 28 Doppelstunden erhöht.

Im Zentrum des Kurses steht die Begegnung mit Patienten. Dabei hat sich ein modellhaftes Vorgehen bewährt: Zwei Studierende führen im Vorfeld mit dem Patienten ein Anamnesegespräch und sichten die Behandlungsakte. Der Patient wird in den Kurs begleitet und im Kurs interviewt. Das Auditorium erhält ggf.

eine Nachfragemöglichkeit. Im Nachgespräch wird unter Berücksichtigung von Übertragung/Gegenübertragung in die Diskussion und Theorievermittlung übergeleitet. Mit anderen Worten: vom Konkreten zum Allgemeinen – und retour!

Diese Unterrichtsform haben wir im vorletzten Studienjahr modellhaft in einem Kurs von 16 Studierenden weiterentwickelt [3]. Der Unterricht wurde in Kleinstgruppen abgehalten zu je vier Studierenden, die sich untereinander gut kannten. Jede Kleinstgruppe suchte im Laufe des Studienjahres verschiedene Orte psychiatrischer Praxis auf: die Akutstation, Soziotherapiestation, Tagesklinik, Institutsambulanz. Dort lernten die Studierenden einen Patienten kennen, den sie selbständig interviewten, und zwar am Behandlungsort oder auch zu Hause. Sowohl mit den Studierenden als auch dem Patienten war vorher abgesprochen, dass ein Studierender das Gespräch führt, ein zweiter unterstützend eingreift, die anderen beiden aktive Zuhörer und Beobachter bleiben.

Im Anschluss an das Interview setzte sich die Kursgruppe selbständig zusammen, um vorgegebene Fragen zu bearbeiten:

- Welche Rolle hatte ich im Gespräch inne?
- Wie habe ich mich dabei gefühlt?
- Wie habe ich den Patienten erlebt?
- Was war mir vertraut?
- Was war mir fremd?

Der Dozent besprach eine Woche später mit den Studierenden dieses Interview (Lehrschlüssel von 1 : 4). Basis für diese Besprechung waren die erarbeiteten Antworten.

## Methodik

In allen Kursen – mit Ausnahme des gerade vorgestellten Sondermodells – wurden zur Evaluation am Ende des Kurses Fragebogen mit skalierten Antwortmöglichkeiten eingesetzt – im Sinne einer summativen Fremdevaluation. Hier werden kurz einige Ergebnisse aus der Studentenbefragung vorgestellt.

Der Fragebogen für die Studierenden war strukturiert in Anlehnung an bekannte Erhebungsinstrumente. Die Fragen 1–6 sollten skaliert beurteilt werden; wir nutzten die Skala 1–6 in An-

Tab. 1 Evaluationsfragen – Fragebogen für Studierende

Evaluationsfragen	Studentenurteil 1997–2002 (Mittelwerte, Skala 1–6)	Korrelationen mit Gesamtnote (prädiktiver Wert) (Spearman- Rho-Korrelationskoeffizient)
1. Mein Interesse am Fach Psychiatrie war im Vergleich zu anderen klinischen Fächern zu Beginn des Kurses (sehr groß → sehr gering)*	3,3	.23
2. Insgesamt hat der Kurs meine Erwartungen und Ziele erfüllt (vollständig → überhaupt nicht)*	2,7	.71
3. Der Kurs hat mich auf meine zukünftige Arbeit als Ärztin/Arzt fachlich vorbereitet (sehr → überhaupt nicht)*	3,0	.67
4. Der Kurs hat mir prüfungsrelevantes Wissen vermittelt (sehr → überhaupt nicht)*	3,6	.61
5. Die Atmosphäre der Kurssitzungen war angenehm (sehr → überhaupt nicht)*	2,0	.56
6. Der Kursaufbau war logisch und nachvollziehbar (sehr → überhaupt nicht)*	2,6	.59
7. Insgesamt bewerte ich den Kurs mit der „Schulnote“:*	2,5	1

\* Antwortmöglichkeit: Skala 1–6 („Schulnoten“)

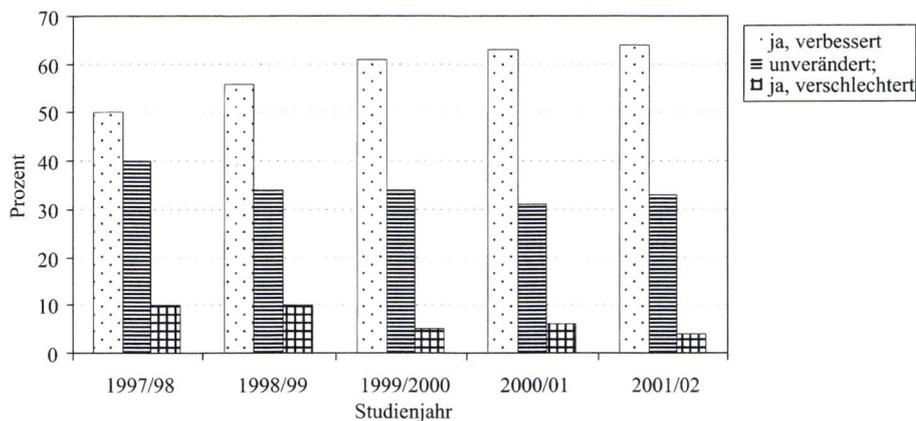


Abb. 1 Einstellungsänderung durch Kursunterricht.

lehnung an die bekannten Schulnoten (Tab. 1). Die Fragen blieben im Großen und Ganzen über die Jahre unverändert, in manchen Jahren wurden einige Fragen ergänzt. In der vorletzten Frage baten wir um eine Gesamtschulnote für den Kurs; die letzte Frage ließ drei Antwortmöglichkeiten zu als Urteil einer möglichen Einstellungsänderung „zum Fach Psychiatrie“.

### Ergebnisse und Diskussion

Die studienjahrweise Darstellung der Benotungen im Verlauf des Evaluationszeitraums von 1997–2002 (durchschnittlich ausgewertete Fragebogen pro Studienjahr:  $n = 83,4$ ) zeigt fast durchgängig ein eher günstiges Urteil zu Beginn des Kursmodells, nach einer Verschlechterung in den ersten Folgejahren kam es zu einer kontinuierlichen Besserung, und im letzten Jahr wird das zumeist beste Ergebnis erreicht.

Für eine mögliche Interpretation dieses Verlaufs ist es wichtig, auf eine Besonderheit hinzuweisen: An der MHH bieten beide psychiatrischen Kliniken ein Psychiatrieseminar an, so dass nur ca. die Hälfte eines Jahrgangs im Kursmodell unterrichtet wird, die andere Hälfte im traditionellen Modell mit einer geringeren Anzahl von Pflichtstunden. Dies hat in den ersten Jahren eher zu einer Unzufriedenheit hinsichtlich der Mehrbelastung geführt, inzwischen ist das Kursmodell etabliert und wird von den Studierenden geschätzt. Im ersten Jahr des Kursmodells führten wir eine vergleichende Evaluation beider Unterrichtsmodelle durch, bei der im Studentenurteil Vorteile für das Kursmodell deutlich wurden [4].

Die nachfolgend beschriebenen Ergebnisse beziehen sich auf eine Auswertung aller Jahrgänge ( $n = 417$ ; Tab. 1). Die Atmosphäre der Kurssitzungen (Mittelwert der Benotung: 2,0) wurde am besten beurteilt, am schlechtesten die Prüfungsrelevanz des vermittelten Wissens (3,6). Das Interesse am Fach Psychiatrie zu Beginn des Kurses wurde eher schlecht bewertet (3,3). Zusammengefasst wurden im Unterricht – laut Studierenden – in angenehmer Atmosphäre interessante Themen besprochen, die jedoch einen geringen Bezug zum Berufsalltag und noch weniger zum Prüfungswissen erkennen ließen. Ein Urteil über diese beiden Punkte fiel jedoch vielen Studierenden schwer, wie aus schriftlichen Anmerkungen zu entnehmen war; handelt es sich dabei auch um Fragen, die in die Zukunft gestellt waren; möglicher-

weise mag sich so das vergleichsweise schlechte Urteil relativieren.

Eine weitere Auswertung ließ uns fragen nach dem Prädiktionswert der Einzelfragen im Hinblick auf das Gesamturteil. Hierbei ergab sich folgendes interessantes Ergebnis (Tab. 1): Die höchste Korrelation ergab sich für: „Insgesamt hat der Kurs meine Erwartungen und Ziele erfüllt.“ Wichtig für das Gesamturteil waren auch die Fragen nach der Anwendbarkeit des erworbenen Wissens. Eher unwichtig blieb die Frage nach der Atmosphäre und insbesondere auch das selbst eingeschätzte Interesse an der Psychiatrie vor dem Kurs. Das heißt, z. B. ein niedriges Interesse zu Beginn des Kurses lässt also keine Rückschlüsse auf ein negatives Gesamturteil am Ende des Kurses zu. Weiter hat sich gezeigt, wie wichtig für das Gesamturteil das Gefühl ist, gelerntes Wissen in der Zukunft anwenden zu können.

Nun zum Ergebnis der Frage, ob sich durch den Unterricht die Einstellung zum Fach Psychiatrie verändert hat (Abb. 1): Hier zeigt sich das erfreuliche Ergebnis, dass der Anteil der Studierenden, deren Einstellung sich durch den Kurs verbessert hat, über die Jahre kontinuierlich zugenommen hat und im Gegenzug der Anteil derer, bei denen die Einstellung sich verschlechterte, entsprechend zurückging. Hier mag sich auch auswirken, was sich in der begleitenden Evaluation des Dozentenurteils ergab: Diese äußerten sich zunehmend zufrieden mit dieser Form des Lehrens, das subjektive – beispielsweise zeitliche – Belastungsgefühl nahm ab.

Für das Unterrichtsmodell in Kleinstgruppen wurden zur Auswertung die Protokolle der Studierenden und Dozenten gesichtet. Inhaltlich standen in den Nachbesprechungen mit Studierenden Grundfragen von Berufsanfängern in der Psychiatrie im Vordergrund, weniger gefragt war hoch spezialisiertes Fachwissen. Die Lernenden konnten sich gut in Lebensprobleme einfühlen und Verständnis zeigen, die ihnen aus der eigenen Lebenserfahrung vertraut waren. Fremd und zunächst schwer zu verstehen blieben Störungen wie z. B. psychotisches Erleben oder selbstverletzendes Verhalten. Doch zeigte sich hier im Verlauf eine klare Abnahme der Berührungsängste. Als besonderer Vorteil dieses Lehrmodells sind hervorzuheben: Der persönlichere Bezug des vermittelten Wissens verringert Berührungsängste in der Begegnung mit psychischem Leid; darin liegt eine enorme didaktische Chance. Nachteilig ist der deutlich erhöhte organisatorische Aufwand, der eine hohe Kooperationsbereitschaft mit dem Fachper-

sonal und Patienten voraussetzt. Diese aufwändige Organisation stand letztlich einer allgemeinen Übernahme dieses Modells entgegen.

Dieses modifizierte Kursangebot trug dem über die Jahre konstanten Wunsch der Studierenden Rechnung, mehr Patienten selbst zu erleben, von ihnen zu hören und mit ihnen zu sprechen. Die Patientenvorstellungen bieten eine einmalige Chance, sich mit unterschiedlichen Vorurteilen auseinander zu setzen – vor allem den je eigenen. So eröffnen sich Perspektiven für die eigene Erfahrung in doppelter Hinsicht: sowohl auf das persönliche Leben als auch auf die beziehungsintensive Tätigkeit im Feld der Medizin – eine Erfahrung, die zusätzlich gestärkt wurde durch das Erleben psychiatrischer Arbeit vor Ort während der Hospitation.

Zusammenfassend hat sich die Abschaffung der Hauptvorlesung bewährt, letztlich trauert ihr niemand nach. Dennoch: unser Ansatz des Kursmodells dringt nicht zu einer umfassenden Reform des klinischen Unterrichts vor, wie sie eine integrierende Lehre im klinischen Bereich leisten könnte. So handelt sich eher um ein „Reförmchen“ – um mit Rimpau zu sprechen [5] – als um eine „Reform“. Doch das vorgestellte Modell ermöglicht eine angemessenere Wahrnehmung sowohl der Lebens- und Leidenswelt der Patienten als auch der Erfahrungswelt der Studieren-

den. Darüber hinaus bietet sich die Chance eines konstruktiven Dialogs über Vorurteile und Berührungängste mit dem „ganz Anderen“, das psychisches Leiden bis heute nicht nur für die allgemeine, sondern auch gelegentlich für die medizinische Öffentlichkeit darstellt.

#### Literatur

- <sup>1</sup> Geyer S. Bilanz des Berufsfelderkundungspraktikums an der MHH im WS 1999/2000. In: Lehrbericht 2000 der MHH. Hannover: 2001: 253–262
- <sup>2</sup> Pabst R, Westermann J, Lippert H. Integration of clinical problems in teaching gross anatomy: living anatomy, x-ray anatomy, patient presentation and films depicting clinical problems. *Anat Rec* 1986; 215: 92–94
- <sup>3</sup> Bastiaan P, Bartusch S. Ein Konzept problemorientierten Lernens: Erfahrungen aus dem Psychiatrie-Unterricht für Studentinnen und Studenten der Humanmedizin im 8. Semester. In: Lehrbericht 2000 der MHH. Hannover: 2001: 154–161
- <sup>4</sup> Bartusch S. Evaluation des Psychiatrie-Seminars im Medizinstudium – Vergleich zweier Unterrichtsmodelle. In: Forschungsbericht 1997 der MHH. Hannover: 1998: 288–290
- <sup>5</sup> Rimpau W. Neurologie lernen. In: Jacobi RME, Claussen PC, Wolf P (Hrsg): *Die Wahrheit der Begegnung. Anthropologische Perspektiven der Neurologie*. Würzburg: Königshausen und Neumann, 2001: 93–112